Die Luxation des Kiefergelenkes

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Zahnärztlichen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

Von

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Erich Behrendt
Zahnarzt in Charlottenburg

Tag der Promotion: 6. Mai 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

D e k a n: Prof. Dr. **Rubner**
R e f e r e n t: Prof. Dr. **Williger**

Luxationen des Kiefergelenks werden in etwa 2% aller Luxationen als beteiligt gefunden. Am häufigsten ist die Luxation nach vorn, weshalb diese als „typische" bezeichnet wird; Luxationen nach hinten, nach außen und nach oben sind nur selten.

Je nach der Entstehungsweise sind bei der typischen Luxation zu unterscheiden:

1. die traumatische;
2. die pathologische oder spontane;
3. die angeborene Luxation.

Die pathologische ist nur selten, die angeborene in ganz wenigen Fällen beobachtet, meist ist die Ursache eine traumatische.

Schon aus der Vielheit der Bewegungen des Kiefergelenks ergeben sich physiologisch viele Momente für eine Luxation, die am häufigsten beobachtet wird zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, seltener bei Männern als bei Frauen, fast nie bei Kindern und Greisen, öfter doppelseitig als einseitig.

Die Ursache ist direkt oder indirekt, und zwar kommt die Luxation dadurch zu stande, daß das Kieferköpfchen über das Tub. articulare gleitet und der Kiefer in dieser abnormen Lage fixiert wird, und zwar durch die Spannung der Seitenbänder und der Kontraktion der Kaumuskeln. Die habituelle Luxation beruht auf einer Neigung des Gelenks zur Luxation. Zur Behandlung der habituellen Luxation werden empfohlen Einspritzungen mit Jodtinktur oder Alkohol; außerordentlich wertvoll sind intraovale Apparate nach Schroeder, Fritsche, Pfaff.

Behandlung: Der luxierte Kiefer ist baldmöglichst zu reponieren. Bei der veralteten Luxation haben früher angewandte gewaltsam wirkende Apparate nur noch historisches Interesse, sondern diese erfordert die

chirurgische Behandlung.

Drei Arten sind angewandt:

1. ohne Eröffnung des Gelenks;
2. mit Eröffnung des Gelenks ohne Resektion des Köpfchens;
3. die Resektion des Kieferköpfchens.

Ad. 1. Samter erreichte die Reposition durch Durchschneidung der Kaumuskeln, Kramer durch Durchtrennung der gespannten Seitenbänder.

Ad. 2. Hildebrand hebelte das Kieferköpfchen durch ein zwischen dem luxierten Köpfchen und der Schädelbasis eingeschobenes Elevatorium in die Pfanne.

Fink benutzte den Zug je zweier in die Inc. semilunaris eingeführten Haken, der eine zog nach unten, der zweite nach hinten.

Williger gelang die Reposition einer veralteten doppelseitigen Luxation durch den Zug je eines starken Langenbeck-Hakens. (Der Fall ist in der Dissertation ausführlich beschrieben.)

Preindlsberger entfernte den dislozierten Meniskus in einem Falle und den interponierten Masseter in 2 Fällen.

Ad. 3. Freilegung des Gelenks mit dem typischen Schnitt, am Halse des Kieferköpfchens wird mit feinen Rosenbohrern eine Linie vorgebohrt und dann an dieser Stelle der Kieferhals mit dem Meißel durchtrennt. Nach der Resektion wird ein Muskellappen in den Spalt interponiert aus dem M. temporalis (Helferich) oder aus dem M. masseter (Williger). Letzterer nimmt auch ein Stück Oberschenkelfascie. Interpositionen von Fremdkörpern, Goldplatte (Roser), Aluminiumplatte (Payr und Chlumsky), Zelluloidplatte (Preindlsberger) sind wegen entstandener Fistelbildungen nicht zu empfehlen. Eine in der Schnittführung und der Operationsmethode abweichende Art beschreibt der Amerikaner Murphy.

Nach der Resektion haben bald Dehnungsübungen einzusetzen, auch sind die inzwischen wegen des langen Nichtbenutzens meist verlängerten Molaren und Prämolaren abzuschleifen.

Lebenslauf.

Am 26. 9. 1887 in Magdeburg geboren, besuchte ich das Friedrichs-Gymnasium zu Dessau, das ich aus der Prima verließ, um Zahnheilkunde zu studieren. Ich studierte in Berlin 4 Semesteer und 2 Semester in München, wo ich 1908 die Approbation als Zahnarzt erlangte. Nach 2-jähriger Assistententätigkeit ließ ich mich in Charlottenburg als prakt. Zahnarzt nieder. Meine Praxis unterbrach ich 4 Jahre durch Teilnahme am Feldzuge. Im Septeember 1919 bestand ich die Kriegsreifeprüfung am Leibniz-Gymnasium zu Berlin und studierte dann in Berlin noch zwei Semester Zahnheilkunde.